UNIVERSITE DE TOULOUSE
FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 462

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA DYSTOCIE

DUE

A LA CONTRACTURE DU RELEVEUR COCCY-PÉRINÉAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1902

PAR

Augustin GAILLARD

Né à Fontanges (Cantal), le 20 Juillet 1875

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. CAUBET, ✻, ✪ I., *Président.*
TAPIE ✪ I., AUDEBERT, CESTAN, } *Assesseurs.*

TOULOUSE
IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1
—
1902

UNIVERSITE DE TOULOUSE

FACULTÉ MIXTE DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

ANNÉE 1901-1902 N° 462

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

LA DYSTOCIE

DUE

A LA CONTRACTURE DU RELEVEUR COCCY-PÉRINÉAL

THÈSE

POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

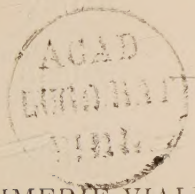
Présentée et soutenue publiquement en Janvier 1902

PAR

Augustin GAILLARD

Né à Fontanges (Cantal), le 20 Juillet 1875

NOMS DES EXAMINATEURS { MM. CAUBET, ✲, ⚘ I., *Président.*
TAPIE ⚘ I.,
AUDEBERT,
CESTAN, } *Assesseurs.*



TOULOUSE

IMPRIMERIE VIALELLE ET PERRY, RUE DU MAY, 1

1902

UNIVERSITÉ DE TOULOUSE

Faculté mixte de Médecine et de Pharmacie

TABLEAU DU PERSONNEL

Doyen	MM. CAUBET, ✲, ✪ I.
Assesseur	FREBAULT, ✪ I.

PROFESSEURS

Anatomie	MM. CHARPY, ✪ I.
Histologie normale	TOURNEUX, ✪ A.
Physiologie	ABELOUS, ✪ A.
Anatomie pathologique	TAPIE, ✪ I.
Pathologie et Thérapeutique générales	HERRMANN, ✪ I.
Pathologie interne	ANDRÉ, ✲, ✪ I.
Pathologie externe	PÉNIÈRES, ✪ A.
Médecine opératoire	LABEDA, ✪ I.
Thérapeutique	SAINT-ANGE, ✪ I.
Hygiène	GUIRAUD, ✪ I.
Clinique médicale	CAUBET, ✲, ✪ I. MOSSÉ, ✲, ✪ A.
Clinique chirurgicale	JEANNEL, ✪ I. CHALOT, ✪ A.
Clinique obstétricale	CROUZAT, ✪ A.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	AUDRY, ✪ A.
Clinique des maladies mentales	RÉMOND, ✪ A.
Pharmacie	DUPUY, ✪ I.
Chimie et Toxicologie	FRÉBAULT, ✪ I.
Matière médicale	BRAEMER, ✪ I.
Histoire naturelle	LAMIC, ✪ I.

CHARGÉS DE COURS

Anatomie topographique	MM. SOULIÉ.
Physique	MARIE, ✪ A
Chimie	ALOY, ✪ A. .
Histoire naturelle	SUIS. ✪ A.
Médecine légale	GUILHEM. ✪ A.
Bactériologie	MOREL, ✪ A.
Clinique des maladies des enfants	BÉZY, ✪ A.
Clinique ophtalmologique	VIEUSSE, ✲.
Hydrologie	GARRIGOU, ✪ I.
Pathologie expérimentale	MAUREL, O. ✲, ✪ I.
Cours élémentaire aux sages-femmes	AUDEBERT.

AGRÉGÉS EN EXERCICE

Pathologie interne et Médecine légale	MM. MOREL, ✪ A. RISPAL. FRENKEL.
Chirurgie	BAUBY. CESTAN.
Accouchements	AUDEBERT.
Anatomie et Histologie	SOULIÉ.
Physiologie	BARDIER, ✪ A.
Chimie	N.
Physique	CLUZET.
Pharmacie	RIBAUT.
Secrétaire de la Faculté	M. CHAUDRON, ✪ I.

La Faculté déclare n'être pas responsable des opinions émises par les candidats.
(Délibération en date du 12 mai 1891).

A MON PERE

A MA MERE

A MES FRÈRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. LE DOCTEUR CAUBET

Professeur de clinique médicale
Doyen de la Faculté de médecine et de pharmacie
Chevalier de la Légion d'honneur

INTRODUCTION

Nous nous proposons dans ce modeste travail d'étudier quelques points particuliers de la dystocie due à la contracture du muscle releveur coccy-périnéal.

Dès le début nous devons dire que le sujet n'est pas nouveau. M. le professeur Budin avait déjà, en 1886, traité magistralement la question dans *Obstétrique et Gynécologie*. Ce même maître inspira au Dr Davet une thèse sur le même sujet, où l'on trouve six nouvelles observations prises de 1898 à 1900 dans le service de la clinique Tarnier.

Cependant il nous a semblé qu'il y avait encore quelque chose à faire sur cette question. Certains côtés, tels que l'étiologie, le pronostic, le traitement ont été totalement négligés ou à peine ébauchés, dans le travail de Budin comme dans la thèse de Davet. De plus, en octobre 1901, alors que M. le professeur agrégé Audebert était chargé du service de la clinique d'accouchements, on a observé un cas de dystocie de cette sorte, remarqua-

ble tant par la partie fœtale arrêtée par cette contracture que par l'évolution de ce spasme du muscle releveur coccy-périnéal. A coté de ce cas de contracture, nous relatons deux observations du même genre, également inédites, que nous devons à l'obligeance de M. le professeur Audebert. Il a bien voulu nous donner le sujet de notre thèse, nous tenons à le remercier publiquement de la grande bonté qu'il nous a toujours témoignée.

Pendant deux semestres, nous avons suivi l'enseignement de M. le professeur Caubet. Il veut bien aujourd'hui accepter la présidence de notre thèse. Qu'il nous permette de l'assurer de toute notre reconnaissance.

M. le professeur Crouzat a été pour nous un maître bienveillant, nous lui adressons nos remerciements sincères.

Mlle S. Sabathé, sage-femme en chef à la Clinique d'accouchements, nous a communiqué certains documents relatifs au sujet de notre thèse. Qu'elle nous permette de l'en remercier respectueusement.

HISTORIQUE

La contracture du releveur coccy-périnéal a donné lieu, bien qu'elle soit une affection rare, à de nombreux travaux, tant en France qu'à l'étranger.

Dubois, dans son *Traité de l'art complet des Accouchements,* dont les premiers volumes datent de 1849, est le premier auteur qui se soit fait une idée juste du rôle du muscle releveur de l'anus, au moment de l'accouchement, et de la dystocie qu'il peut créer lorsqu'il se contracture.

La première observation de dystocie due à la contracture du releveur de l'anus est de Revillout. Elle parut, en août 1874, dans la *Gazette des Hôpitaux*.

C'est à Budin qu'on doit le premier travail d'ensemble sur ce sujet. Dès 1879, il avait rapporté une observation de dystocie due à la contracture du releveur de l'anus. En 1881, il étudia ce muscle dans un Mémoire paru dans le *Progrès médical*. En 1886, il reprit la question et en fit paraître, dans *Obstétrique et Gynécologie,* une remarquable étude avec de nombreuses observations, dont quelques-unes traduites de l'étranger.

En 1895, Demelin publia, dans la *Revue obstétricale internationale,* une intéressante observation de dystocie due à la contracture ou plutôt à la dégénérescence de ce muscle.

En 1900, le docteur Davet, sous l'inspiration de Budin, fait de la dystocie due à cette contracture le sujet de sa thèse et rapporta ses nouvelles observations prises à la clinique Tarnier.

Dans le modeste travail que nous présentons aujourd'hui à ce sujet, nous avons laissé complètement de côté l'étude de la contracture du releveur coccy-périnéal en dehors de l'accouchement. Cette question est longuement traitée dans le travail de Budin et la thèse de Davet. Nous nous sommes exclusivement cantonné dans l'étude de la dystocie créée par cette contracture.

PLAN

Nous étudierons successivement :

1° L'anatomie et la physiologie du releveur coccy-périnéal ;

2° La contracture de ce muscle, son étiologie ;

3° La dystocie due à cette contracture. Les diverses variétés ;

4° Diagnostic ;

5° Pronostic et le traitement.

CHAPITRE PREMIER

Anatomie et Physiologie

Tous les auteurs qui se sont occupés de cette dystocie particulière parlent de releveur de l'anus et non de releveur coccy-périnéal. Ce nom a été donné par Farabeuf en 1886 à certains faisceaux du releveur de l'anus. Nous adoptons l'appellation de Farabeuf, à l'encontre de Budin, Demelin et Davet, parce qu'elle nous paraît mieux montrer le rôle et les points d'attache de ces faisceaux que le nom de releveur de l'anus. Au fond, c'est une question tout à fait secondaire, car tous les auteurs, dans l'étude de la contracture du releveur de l'anus, ont eu en vue les faisceaux musculaires que Farabeuf a appelé muscle releveur coccy-périnéal.

Ce muscle fut étudié pour la première fois, au point de vue de l'accouchement (art des accouchements), par Dubois, vers 1849. Cet auteur montre le rôle qu'il joue dans l'accouchement normal et fait entrevoir la dystocie qu'il peut occasionner en

se contracturant. Varnier, en 1888, l'étudie spécialement dans sa thèse. Dieulafé, à Toulouse, dans sa thèse sur le Diaphragme pelvien, en donne l'anatomie comparée. C'est à Varnier que nous empruntons le résumé d'anatomie que nous allons donner.

Le releveur coccy-périnéal est un muscle double. Chacune des moitiés de ce septum comprend une surface d'insertion qui s'étend sur une ligne allant de l'épine sciatique à la partie basse du pubis. De cette ligne partent des faisceaux musculaires qui se portent en arrière et en bas vers le bord du coccyx, la pointe du coccyx et le raphé-périnéal pré-coccygien. Les faisceaux du releveur doivent être divisés en plusieurs groupes d'insertion. Si on examine ce muscle de profil et d'arrière en avant, on constate qu'un certain nombre de fibres, distinctes à peine des autres au point de vue anatomique, s'insèrent à l'épine sciatique. Elles forment ce qu'on a appelé l'ischio-coccygien. Nées de la face interne et des bords de l'épine sciatique, ainsi que du sommet du petit ligament sacro-sciatique, elles vont en divergeant s'attacher à toute l'étendue des bords du coccyx et un peu aussi à la face antérieure de cet os.

Les autres faisceaux du releveur, suivis d'avant en arrière, s'insèrent en grande partie sur une longue arcade fibreuse qui s'étend de l'épine sciatique vers le pubis, puis à la partie inférieure du corps du pubis et à la partie correspondante de sa branche horizontale.

Les fibres qui naissent du pubis peuvent être divisées en trois faisceaux :

Les faisceaux pubo-coccygiens, qui vont par deux tendons s'insérer devant la quatrième pièce du coccyx. Les faisceaux pubo-précoccygiens, qui vont s'insérer à un petit carré fibreux pécoccygien qui les rend indissociables.

Les faisceaux pubo-rétro-anaux, qui s'entrecroisent sur la ligne médiane.

Les faisceaux du releveur nés de l'orifice inférieur de l'excavation vont, en s'attachant au coccyx et au raphé périnéal, former un véritable diaphragme ou plancher pelvien, concave en haut, infundibuliforme, ouvert d'une large fente médiane antérieure, où passent l'urèthre, le vagin et le rectum et que doit forcer et traverser le fœtus avant d'aborder la vulve

Telle est, en résumé, l'anatomie du releveur coccy-périnéal. Nous allons en étudier rapidement la physiologie normale.

Dubois est le premier auteur qui se soit fait une idée juste du rôle de ce muscle. Il a démontré qu'une tête fœtale traversant la filière pelvienne n'accomplissait la rotation interne que si les parties molles conservaient leur élasticité.

Faisant des expériences sur le cadavre, il constatait qu'après avoir fait passer le fœtus trois ou quatre fois à travers la filière pelvienne, des parties molles étaient distendues et ne revenaient pas sur elles-mêmes. La tête, qui jusque-là était sortie en

accomplissant son mouvement de rotation, ne l'accomplissait plus, l'occiput restant en arrière, comme on l'avait placé. C'était le diaphragme pelvien qui par sa résistance aux poussées obligeait l'occiput à se placer dans une position favorable.

Hildebrandt, quelques années plus tard, montra que quand ce muscle se contracte, il peut rétrécir le canal vaginal de deux façons différentes : 1° en rapprochant la paroi postérieure du vagin et le rectum de la symphyse ; 2° en rétrécissant les parois latérales.

Budin, dans son important travail sur ce sujet, dans *Obstétrique et Ginécologie*, étudia à nouveau l'action du releveur coccy-périnéal.

Il fit sur diverses femmes atteintes de contracture des expériences avec des cylindres en cire à modeler. Il introduisait ces cylindres dans le vagin des femmes, et les femmes se contractant, imprimaient sur la cire la forme qu'affectait le coccy-périnéal contracté.

De ces expériences, Budin a conclu, comme Hildebrand, que le releveur coccy-périnéal contracté retient le vagin de deux façons. La formation d'un véritable anneau autour du vagin a pour cause le développement exagéré des faisceaux pubo-coccygiens. Quand la paroi postérieure est surtout rapprochée de la symphyse pubienne, on a alors affaire aux faisceaux ischio et obturato-coccygiens anormalement développés.

Enfin, Varnier, dans sa thèse, a montré le rôle

important que joue dans la rotation la fente pubo-coccygienne. Cette fente, formée par les faisceaux musculaires pubo-coccygiens, a son grand axe dirigé dans le sens antéro-postérieur et le pôle fœtal est obligé d'accommoder son grand diamètre dans ce sens. Grâce à leur élasticité, les faisceaux pubo-coccygiens permettent au pôle fœtal d'orienter son grand diamètre dans le sens antéro-postérieur. Ces faisceaux viennent-ils à se contracter au point de résister complètement aux forces expulsives, la partie fœtale engagée dans l'excavation ne peut alors mettre son grand diamètre en rapport avec celui de la fente pubo-coccygienne. On s'explique ainsi que si c'est, par exemple, un sommet, la tête ne tourne pas.

Comme l'ont montré Hildebrandt et Budin, la contracture du coccy-périnéal rétrécit le vagin de deux manières. Si la contracture prédomine dans les faisceaux pubo-coccygiens, ce sont surtout les parois latérales du vagin qui sont rapprochées l'une de l'autre. C'est alors qu'on a la sensation d'un anneau. Si elle est surtout accusée dans les faisceaux qui s'insèrent sur l'arcade fibreuse, qui va de l'épine sciatique au pubis, on a alors la sensation de sangle rapprochant la paroi postérieure du vagin vers le pubis. Quant à la distance variable de l'orifice vaginal, où l'on rencontre la contracture, cela tient au point d'insertion des faisceaux contracturés. Le releveur coccy-périnéal a sa ligne d'insertion qui va depuis la partie basse du pubis jusqu'à l'épine sciatique.

CHAPITRE II

Pathogénie de la contracture du releveur coccy-périnéal

Avant de rechercher quelles sont les causes de la contracture du releveur coccy-périnéal, nous allons tout d'abord donner quelques notions sur la contracture en général.

D'après Charcot, la contracture serait une exagération du sonus musculaire normal, exagération produite par une hyperexcitabilité de la cellule motrice de la moëlle. Cette hyperexcitabilité est produite de diverses manières :

Tantôt, il y a exagération de l'excitation transmise à l'appareil spinal par les nerfs centripètes.

Tantôt, l'excitabilité de l'appareil spinal est exagérée en dehors de toute action des nerfs centripètes. La moëlle peut être surexcitée par des substances dites excito-motrices, telles que la strychine et ses dérivés. Enfin, il est une maladie spéciale : l'hystérie, dont un des symptômes primordiaux est l'hyperexcitabilité de la moëlle. En effet, d'après

Jaccoud, la caractéristique physiologique de l'hystérie serait l'arrêt de la subordination de la moëlle au cerveau ; il y aurait parésie du cerveau et augmentation du pouvoir réflexe de la moëlle.

Ces données générales s'appliquent fort bien à la contracture particulière du releveur coccy-périnéal au moment du travail. Les tares nerveuses se retrouvent très souvent dans les antécédents personnels ou héréditaires des femmes atteintes de contracture du coccy-périnéal.

Plusieurs, parmi celles qui ont été observées par Budin, étaient nerveuses.

Celle que nous avons observée en octobre 1901 a des tares nerveuses héréditaires et personnelles très marquées. De même, celle qu'observa M. Audebert en 1892, à Bordeaux, était névropathe.

Il faut bien, du reste, qu'il y ait une prédisposition à la contracture, car, parmi les nombreuses femmes qui au moment du travail ont eu et ont des érosions, des fissures du vagin, causes ordinaires de la contracture du releveur coccy-périnéal, très peu en sont atteintes ; chez celles qui le sont, si on fouille leurs antécédents, on trouve très souvent quelque tare nerveuse. Si elles ne sont pas franchement hystériques, elles sont nerveuses, irritables.

Quant aux causes provocatrices de la contracture chez ces sujets prédisposés, elles peuvent être multiples. Généralement, c'est une érosion, une excoriation du vagin ou de son orifice.

Cette lésion, si minime qu'elle soit, donne de

l'hyperesthésie de la muqueuse et, au bout d'un certain temps, les muscles sous-jacents se contracturent. On sait, en effet, d'après ce qu'on a appelé la loi de Boyer, que toutes les fois qu'un plan musculaire est recouvert par une muqueuse, cette muqueuse s'enflamme-t-elle, les fibres musculaires sous-jacentes peuvent devenir le siège d'une contracture suivie de spasme.

Souvent, le vaginisme inférieur est associé à la contracture du releveur coccy-périnéal. Budin en cite des cas. On peut supposer alors que la contracture du constricteur de la vulve s'est étendue au releveur coccy-périnéal, qui est à côté. Cependant, quelquefois le vaginisme supérieur paraît ne pas avoir de cause provocatrice. On ne trouve, en effet, ni hyperesthésie de l'orifice vulvaire, ni lésion de la muqueuse vaginale même soumise à l'examen le plus minutieux.

Il faut alors supposer qu'il y a une ancienne érosion actuellement guérie et non remarquée par la femme ; la contracture ne serait, dans ce cas, que l'effet persistant de cette cause passée inaperçue.

Le développement exagéré de ce muscle peut être aussi incriminé. On comprend que ce muscle hypertrophié, au lieu de se laisser forcer, résiste et se contracture au devant d'une partie fœtale.

CHAPITRE III

Dystocie due à la contracture du releveur coccy-périnéal

Au moment de l'accouchement, le seul point qui doit nous intéresser, c'est de savoir quelle est la partie fœtale arretée par la contracture. Cette connaissance est d'une importance capitale, car, en dehors de l'administration du chloroforme, la conduite à tenir varie suivant chaque présentation. La contracture du releveur coccy-périnéal peut s'établir : 1° Au-devant de la tête; 2° au-devant des épaules, la tête étant déjà hors de la vulve; 3° sur le siège décomplété ; 4° sur la tête retenue dernière.

La présentation du sommet étant de beaucoup la plus fréquente, il est tout naturel qu'on trouve un plus grand nombre de cas de cette sorte de dystocie.

Nous ne citerons pas toutes les Observations de ce genre, rapportées par Budin et bien connues de tout le monde; nous nous contenterons simplement de relater les six Observations suivantes qui furent

prises par le docteur Davet dans le Service de Budin, de 1898 à 1900 ; deux autres du professeur Audebert et une de Demelin. On verra à la fin de ce paragraphe, sur la dystocie du sommet, que l'Observation de Benike, celle de Demelin et une de M. Audebert sont surtout intéressantes par les modifications survenues dans le muscle coccy-périnéal.

Voici les Observations de Davet. Il est regrettable que l'étiologie de la contracture, dans ces cas, n'ait pas été recherchée.

§ 1

DYSTOCIE DUE A LA CONTRACTURE SIÉGEANT AU DEVANT DE LA TÊTE

OBSERVATION I

R..., âgée de 23 ans.

Primipare.

Antécédents héréditaires. — Père et mère morts tous deux d'une maladie de cœur. Un frère bien portant. Pas de grossesse gémellaire dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme.

Nourrie au sein par sa mère.

A marché à onze mois.

Premières règles à quinze ans ; depuis, régulières, peu abondantes.

N'a jamais été malade.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 22 au 26 avril 1898.

Au début, elle a présenté des vomissements assez abondants, des douleurs épigastriques ainsi que de violentes céphalées.

Elle est reçue à la clinique Tarnier le 25 juin 1889. On trouve une grande quantité d'albumine dans les urines. On la met au régime lacté.

Accouchement : Les premières douleurs apparaissent le 28, à cinq heures du soir. A huit heures, elle descend dans la salle de travail. L'enfant se présente en OIDP. La poche des eaux est assez volumineuse et bombe pendant la contraction. La dilatation est de deux centimètres. Les bruits du cœur sont bons.

A dix heures cinq, la poche des eaux se rompt spontanément. Le liquide amniotique est normal. La dilatation est de six centimètres. Les bruits du cœur sont normaux.

A onze heures, la dilatation est complète. La rotation de la tête est commencée. On trouve la suture sagittale placée suivant le diamètre transverse.

A onze heures et demie, la tête ne progresse pas. Pendant les contractions, le liquide amniotique sort teinté en vert par le méconium. Les bruits du cœur sont cependant normaux. A minuit, le docteur Chavannes examine la femme ; il trouve la tête immobile en OP. Le doigt, introduit au bord de la commissure postérieure et suivant la paroi postérieure du vagin, sent nettement, à deux centimètres de l'orifice vulvaire, une corde tendue et résistante, qui n'est autre que le releveur de l'anus fortement contracté. Les bruits du cœur deviennent sourds. Le docteur Chavannes se décide à intervenir. On donne du chloroforme à la femme et on fait une application de forceps. On extrait un enfant vivant par une application en OP.

Aussitôt après la sortie de l'enfant, il se fait une hémor-

rhagie assez abondante. Malgré les injections vaginales très chaudes, le sang continue à couler. M. le docteur Chavannes fait alors la délivrance artificielle.

L'enfant pèse 2.700 grammes.

Diamètre de la tête :

OM	12,7
OF	11,2
SOB	9,7
BP	8,7
BT	7,7

La durée totale du travail a été de sept heures et la période d'expulsion de une heure.

La malade présente le lendemain une légère élévation de température. On fait une injection intra-utérine et tout rentre dans l'ordre.

OBSERVATION II

J... (J.), âgée de vingt-un ans, domestique.

Primipare.

Antécédents héréditaires. — Le père de la parturiente est mort d'une pneumonie à quarante-cinq ans. Sa mère vit encore bien portante.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie au sein, a marché à dix-huit mois.

Premières règles à quinze ans. Toujours bien réglée.

Pas de maladies antérieures ; toutefois, pertes blanches assez abondantes.

Grossesse actuelle : Dernières règles du 1er au 4 juin 1897.

Rien à noter de spécial pendant la grossesse. La femme dit avoir senti remuer vers le quatrième mois. Elle vient de l'asile Michelet.

Accouchement. — Elle entre à la Clinique Tarnier, le 9 mars, à une heure du matin ; les premières douleurs seraient apparues à dix heures du soir, et la poche des eaux se serait rompue à minuit.

A l'examen on trouve une tête engagée en OIDP. La dilatation est de 4 centimètres. Les bruits du cœur sont normaux.

Les contractions sont peu fréquentes, le travail marche lentement par suite de la rupture de la poche des eaux.

A cinq heures, la dilatation est complète, la tête a commencé son mouvement de rotation, elle se trouve maintenant en droite transverse. Les bruits du cœur sont bons.

Les douleurs augmentent d'intensité et de fréquence. La femme forte et bien musclée commence à pousser.

Le toucher donne des renseignements intéressants en arrière de l'orifice vaginal au moment des douleurs lorsque la tête poussée par une contraction vient appuyer sur le pancher périnéal, on peut sentir toute la paroi postérieure du canal vaginal former comme une large sangle qui se rapproche de la paroi antérieure. Il est évident que c'est la contraction des fibres du muscle releveur de l'anus qui donne cette sensation.

M. le professeur Budin conseille d'attendre tout en surveillant attentivement les bruits du cœur et en se tenant prêt à agir.

Les contractions se répètent toutes les cinq minutes. La femme les aide par de violents efforts.

A six heures un quart, la tête repose toujours sur le plancher périnéal, elle est en DA. L'auscultation laisse entendre les bruits du cœur sourds et ralentis.

On donne du chloroforme et M. le Dr Dubrisay fait une application de forceps en DA. Le dégagement de la tête est assez difficile. Le périnée est intact. L'enfant pèse 3,200 gr.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

OM	13,7
OF	12
SOB	9,5
BP	8,5
BT	7,5

La durée du travail a été de huit heures un quart, la période d'expulsion de une heure un quart.

Suite de couches normales.

OBSERVATION III

M..., âgée de 23 ans, couturière.

Primipare.

Antécédents héréditaires et personnels, nuls.

Rien à signaler pendant la grossesse.

Dernières règles du 20 au 25 avril 1897.

Les premières douleurs ont commencé le 4 juin à huit heures du soir. Une sage-femme demandée auprès de la malade, voyant que le travail se prolongeait d'une façon anormale, l'engage à entrer à la clinique Tarnier. La sage femme qui la conduit elle-même déclare que depuis au moins deux heures la dilatation n'a pas augmenté et que les contractions utérines sont très rares. Elle a été frappée par la difficulté qu'il y avait à examiner la parturiente.

A l'examen, on trouve un sommet engagé en OIDP, une dilatation de cinq centimètres avec les membranes intactes. Le plancher périnéal est en effet très résistant. Les contractions sont espacées, peu énergiques. Les bruits du cœur sont normaux.

A trois heures du matin, la dilatation se complète.

On rompt la poche des eaux, il s'écoule une assez grande quantité de liquide amniotique normal. Les contractions deviennent plus fréquentes, plus énergiques. La femme fait des efforts. La période d'expulsion se prolonge, la tête en OP ne progresse plus.

A quatre heures du matin, M. le docteur Dubrisay est appelé, il constate la résistance du périnée. A l'examen,

il est facile de reconnaître un spasme, non pas localisé à l'orifice vulvaire, mais bien à une certaine résistance a environ de quatre ou cinq centimètres au-dessus.

Le doigt introduit dans le vagin n'éprouve pas de résistance tout d'abord. Il franchit facilement le passage de la vulve, mais bientôt il se sent serré énergiquement par un anneau qu'il traverse avec peine et en provoquant des plaintes plus ou moins vives. En retirant doucement le doigt on sent un anneau qui le serre et qui l'applique contre la symphyse pubienne; il existe en arrière non pas une corde, mais un véritable plancher. Devant cette contracture exagérée des fibres du muscle releveur de l'anus, M. le docteur Dubrisay se décide à intervenir. On plonge la femme dans la narcose chloroformique et M. le docteur Dubrisay fait une application de forceps. L'enfant est extrait sans de trop grands efforts.

Aussitôt après la sortie de l'enfant, on examine la femme. Le muscle releveur de l'anus qui durant toute la période d'expulsion avait mis obstacle à la sortie de la tête, forme une sortie de gouttière; le vagin reste béant pendant quelques minutes.

L'enfant pèse 3,500 gr.

Diamètres de la tête :

OM.....	12,5
OP...	11,8
SOB.....	9,5
BP	8,5
BT..... .	7,6

La durée du travail a été de huit heures et la période d'expulsion de une heure.

Les suites de couches ont été normales.

OBSERVATION IV

Ch..., âgée de vingt-neuf ans.

Primipare.

Antécédents héréditaires et personnels. — Nuls.

Premières règles à dix-huit ans.

Grossesse normale.

Dernières règles, du 2 au 7 septembre 1897.

Les douleurs apparaissent le 25 juin, à cinq heures et demie du soir.

A sept heures et demie, la femme entre à la salle d'accouchements. La dilatation est à ce moment de 2 centimètres ; les membranes sont intactes, les bruits du cœur sont bons. L'enfant se présente tête engagée en OIGA.

Le 26 juin. — A une heure, la poche des eaux se rompt spontanément ; la dilatation est de 7 centimètres. A deux heures et demie, la dilatation est complète. A trois heures et demie, la tête appuie sur le plancher, toujours en GA. Les bruits du cœur sont bons. Au toucher, on sent un périnée très dur, très résistant. On espère que la fréquence des contractions et la violence des efforts arriveront à triompher de cette résistance offerte par les parties molles.

A quatre heures, M. le docteur Brindeau examine la femme. Il constate que la contracture des muscles du plancher et surtout des fibres postérieures du releveur de l'anus est l'obstacle à l'expulsion. Les contractions se succèdent, rapides et énergiques : l'utérus semble tétanisé. Les bruits du cœur descendent par moment à 80 par minute. Devant cet état, M. Brindeau se décide à intervenir.

On donne du chloroforme à la femme. M. le docteur Brindeau fait une application oblique en GA. Il tire au moment des contractions et opère la rotation. La tête n'avance pas, lorsque brusquement on sent que l'obstacle est vaincu. On a eu la sensation très nette d'un ressaut. L'occiput vient se mettre alors sous la symphyse et le dégagement se fait sans difficulté. Le périnée est intact.

L'enfant pèse 2.980 grammes, il nait étonné, mais est ranimé au bout de quelques minutes. Il présente une fontanelle supplémentaire située à 4 centimètres de la fontanelle postérieure et sur la ligne médiane.

Dimensions de la tête

OM	13,6
OF	12,2
SOB	9,6
BP	9,6
BT	8,5

Aussitôt après l'accouchement on touche la femme, on ne sent plus cette bride dure et saillante, le périmée est facilement dépressible. M. le Dr Brindeau en conclut que lesfibres du muscle releveur de l'anus ont dû se rompre sous l'effort combiné des tractions et des contractions.

Les suites de couches ont été normales.

La durée de la période d'expulsion a été de deux heures.

OBSERVATION V

Primipare, âgée de trente-deux ans.

Antécédents héréditaires. — Parents morts âgés. La mère a eu dix-neuf enfants. Sur ces dix-neuf, huit sont vivants et bien portants ; les autres sont morts en bas âge.

Antécédents personnels. — Ne sait à quel âge elle a marché.

Aucune maladie de l'enfance.

Réglée pour la premièrs fois à quatorze ans.

Grossesse actuelle normale.

Dernières règles, du 16 au 20 octobre 1897.

Elle entre à la clinique Tarnier le 22 juillet, à neuf heures du soir. Les premières douleurs seraient apparues le soir à sept heures.

On trouve la tête engagée en OIGA. La dilatation est de 2 centimètres. Les bruits du cœur sont bons. Les membranes intactes.

Les contractions sont régulières. Elles reviennent toutes les cinq à six minutes,

A minuit, la dilatation est de 5 à 6 centimètres. La tête est en oblique gauche. Le travail marche bien. La femme a des douleurs plus énergiques et plus fréquentes.

A cinq heures du matin, la poche des eaux se rompt spontanément ; le liquide amniotique qui s'écoule est normal. La dilatation est presque complète.

A cinq heures et demie, la dilatation est complète. La femme aide les contractions par de violents efforts. La tête est fortement appliquée sur le plancher périnéal en GA.

Le périnée est très résistant. On sent en arrière une bride plus saillante transversale; l'orifice vaginal permet cependant très facilement l'introduction des doigts. Il n'en est pas de même de cette corde que l'on trouve en arrière et qui permet à peine au doigt d'explorer la tête.

A six heures et demie, la tête n'a point progressé, malgré les contractions énergiques et les efforts que fait la femme. Les bruits du cœur devenant irréguliers, on se décide à intervenir. On donne du chloroforme à la femme, avec l'espoir de voir disparaître cette contracture des fibres dn releveur de l'anus. Elle ne disparait qu'après un certain moment. La femme est alors plongée dans la narcose la plus profonde; elle est dans le relâchement musculaire le plus complet.

L'introduction des branches du forceps est faite sans aucune difficulté par M. le docteur Dubrisay. Il extrait un enfant étonné, du poids de 2,990 grammes.

Diamètre de la tête :

OM.....	13
OF..... ..	11,5
SOB.....	9,5
BP.	8,6
BF.....	7,6

La durée totale du travail a été de onze heures et demie et la durée de la période d'expulsion de une heure et quart.

Suites de couches normales.

OBSERVATION VI

J. B..., âgée de trente-six ans, couturière.

Primipare.

Antécédents héréditaires. — Père mort tuberculeux. Mère morte d'un cancer à l'estomac. Quatre frères sont morts, dont un de bronchite tuberculeuse.

Pas de grossesse gémellaire dans la famille.

Antécédents personnels. — Née à terme, nourrie par sa mère au sein.

A marché à dix mois. Les premières règles sont apparues à quatorze ans. Elles ont été toujours régulières, assez abondantes, peu douloureuses.

Grossesse actuelle. — Dernières règles du 24 au 28 avril 1898.

Vomissements pendant les trois premiers mois.

Accouchement. — Les douleurs commencent le 28 janvier, à cinq heures du matin. Ce sont de petites douleurs qui se répètent tous les quarts d'heure.

Elles deviennent plus fréquentes à dix heures du matin.

A quatre heures du soir, la malade entre à la salle de travail. Les membranes sont rompues. La tête est fortement engagée, le fœtus étant en OIGA. Les bruits du cœur sont bons. La dilatation est de 6 centimètres.

A six heures, la dilatation est complète.

A partir de ce moment, les contractions utérines deviennent fréquentes. Le peu de progrès de la tête, l'âge de la parturiente font penser à une résistance des parties molles. M. le docteur Perret examine la femme à sept heures. Il

trouve, en effet, un plancher périnéal très résistant qui à chaque contraction semble se soulever et brider la tête ; il peut à peine passer son doigt entre la tête et les fibres musculaires qui, à la partie postérieure, semblent tendues comme une corde.

En retirant le doigt, il constate que le liquide amniotique est teinté de méconium. Cependant les bruits du cœur sont bons. La période d'expulsion durant déjà depuis une heure, M. le docteur Perret se décide à intervenir.

La femme est endormie au chloroforme. Elle est mise en position obstétricale. M. le docteur Perret fait une application de forceps en GA. Les branches sont introduites sans trop de difficulté. Les fibres musculaires du releveur de l'anus résistent encore, mais ne donnent plus la même sensation éprouvée avant la narcose chloroformique.

L'enfant est extrait rapidement sans lésions du périnée.

Il pèse 2,635 grammes.

Les diamètres de la tête sont les suivants :

OM..... ..	10,5
OF	11
SOB....	8,5
BP.....	8,7
BT..	7,5

La durée du travail a été de quatorze heures. La période d'expulsion a duré une heure. Suites de couches normales.

En 1892, M. Andebert observe un cas de contracture du releveur coccy-péritonéal à la clinique obstétricale de Bordeaux. Chez cette femme, le névrosisme était des plus manifestes et entrait pour une grande part dans la pathayenie de cette contracture.

Voici l'observation qu'a bien voulu nous communiquer M. Andebert.

« Mme P .., primipare, 24 ans.

La mère est une grande nerveuse qui a été soignée à plusieurs reprises pour des accidents névropathiques.

Ses frères et sœurs sont aussi des nerveux. Elle-même est vive, emportée, facilement émotive.

P. R... à 13 ans.

D. R... du 12 au 15 janvier 1892, grossesse à peu près normale, sans des inégalités d'humeur et des sauts brusques de caractère.

Elle entre en travail le 26 octobre dans la matinée, tête en partie dans l'excavation OIGA. La marche de la dilatation est régulière, mais un peu lente. A 9 heures du soir, la dilatation étant presque complète et la poche des eaux rompue, la descente céphalique s'arrête. La sage-femme qui assistait la parturiente, attend près de deux heures, mais constatant que les battements du cœur fœtal commencent à faiblir, elle m'envoie chercher.

Il m'est facile de trouver l'obstacle qui s'oppose à la progression de la partie fœtale. Immédiatement au dessous de celle-ci, à 3 centimètres environ de l'orifice vulvaire, le doigt rencontre un anneau résistant, mais en état de contracture permanente. L'introduction du doigt a été douloureuse, surtout à l'entrée ; les parties supérieures du vagin sont légèrement hypertrophiées.

L'état de souffrance du fœtus me force à intervenir de suite. Je donne quelques bouffées de chloroforme, et profitant d'un moment de relâchement, je fais une application de forceps oblique. L'enfant est extrait vivant, il est en état de mort apparente ; après désobstruction des voies aériennes et respiration artificielle, il crie vigoureusement. Son poids est de 3.180, les diamètres de la tête, non mesu-

rés, paraissent normaux. Après la délivrance on retrouve le diaphragme musculaire plus large, mais encore dans son entier ; il est distendu, mou, flottant, comme un anneau de caoutchouc qu'on aurait violemment distendu. Je n'ai plus revu Mme P...

§ 2

CONTRACTURE SIÉGEANT AU-DEVANT DES ÉPAULES LA TÊTE DÉJA HORS DE LA VULVE

Cette variété de dystocie est très rare et le cas que nous rapportons est, croyons-nous, le seul qui soit publié jusqu'à aujourd'hui. Avant de le relater, nous tenons à dire que l'observation en fut prise par Mlle Sabathé, qui assistait cette femme au moment de son accouchement. Seuls, les examens consécutifs ont été faits par nous. Voici l'observation de la femme :

« Antécédents héréditaires. — Le père est âgé de soixante-trois ans et bien portant. Excessivement nerveux de sa nature, il est très irritable, rendant impossible toute vie de famille. A deux reprises fut sur le point d'être interné dans un asile d'aliénés pour folie. Cet état nerveux est encore aggravé par un alcoolisme invétéré.

« La mère est également très nerveuse. La moindre contrariété lui donne des crises d'hystérie véri-

tables, avec perte de connaissance, convulsions toniques et cloniques.

« De ce ménage sont issus sept enfants. La mère a eu en plus deux fausses-couches. Quatre enfants sont vivants, tous quatre nerveux : un frère aîné, emporté ; une sœur aînée également nerveuse ; une deuxième sœur, la plus nerveuse de la famille. Enceinte à plusieurs reprises, elle n'a jamais pu mener à bonne fin une grossesse ; toutes ont été interrompues par des crises d'hystérie.

« Antécédents personnels. — Nourrie au sein, elle a marché à treize mois. Etant toute jeune, elle eut des convulsions ; la rougeole à cinq ans. Pas d'autres maladies. Réglée à treize ans pour la première fois ; règles régulières, abondantes. La puberté ne fit qu'aggraver les crises nerveuses. Elle a eu vers cette époque ses premières crises d'hystérie qui se sont renouvelées depuis. Les premiers rapports sexuels ont été très douloureux, suivis d'abondante hémorragie. Elle aurait été violée (?) vers l'âge de quinze ans.

« Enceinte pour la première fois à dix-sept ans. Elle eut les symptomes ordinaires de la grossesse : vomissements, céphalalgie, et constata que pendant la grossesse son nervosisme était atténué. L'accouchement avant terme eut lieu vers le huitième mois. Le fœtus était en présentation du siège. La tête aurait été retenue dans l'excavation. La sage-femme fut obligée d'en faire l'extraction, qui a été assez pénible. Il y eut une hémorragie après la délivrance. L'enfant ayant souffert pendant le

travail respirait fort mal à la naissance et est mort sept heures après.

« Elle redevient enceinte à vingt ans. Pendant cette grossesse, les crises nerveuses s'aggravent. Elle était irritable, se mettait en colère pour la moindre contrariété. Examinée par un docteur à plusieurs reprises durant cette grossesse, la femme nous apprend que chaque examen amenait une crise nerveuse ; de plus, le doigt explorateur était emprisonné durant quelques secondes par la contraction puissante du releveur coccy-périnéal. La femme a conscience que le moindre contact lui occasionne cette contracture. En plus de cette contracture involontaire, la femme nous apprend qu'elle peut serrer à volonté. Les premiers rapports ont été douloureux. Mais depuis elle ne souffre plus, mais elle a de la contracture plus ou moins forte à chacun d'eux.

« Pendant la deuxième grossesse, le fœtus s'est présenté par le sommet ; mais au moment où la tête a appuyé sur la partie supérieure du plancher périnéal, il s'est produit une contracture permanente du releveur coccy-périnéal, et le docteur a été obligé de terminer l'accouchement par une application de forceps. L'enfant était vivant.

« Redevenue enceinte pour la troisième fois en avril 1900, elle avorte en août de la même année, au quatrième mois. Cette fausse couche fut provoquée par une violente crise d'hystérie. A noter cependant qu'elle avait perdu pendant les quatre mois que dura cette grossesse.

La quatrième grossesse qui est la grossesse actuelle est arrivée à son terme sans que la femme ait consulté docteur ou sage-femme.

Elle entre à la Clinique le 7 octobre. C'est une femme bien musclée, d'une taille au-dessus de la moyenne 1^{m}64, les seins sont bien développés, le squelette est normal, par la moindre trace d'infantilisme ou de rachitisme. Elle est âgée de 23 ans.

Le développement de l'abdomen est normal, on trouve une hauteur utérine de 34 c. La tête est amorcée au détroit supérieur, mal fléchi, le siège est au fond de l'utérus, le dos à gauche et en arrière. La palpation est facilitée par l'état de la paroi abdominale qui est mince et assez souple, mais en revanche état de nervosisme dans lequel se trouve la femme est exagéré par la vue des deux personnes qui allaient l'examiner et la palpation est rendue un peu difficile.

Il a fallu attendre que la femme se prêtât volontairement à l'examen. On arrive difficilement à pratiquer le toucher. Le vagin paraît normal, le périnée présente une déchirure d'environ un centimètre produite lors du premier accouchement.

Le doigt n'est pas très à l'aise dans le vagin mais la femme se laissant faire à ce moment la contraction est à peine sensible. Le col est situé à gauche et assez en arrière et ne présente qu'un demi centimètre ; il est perméable à ces deux orifices. La suture sagittale est parallèle au diamètre oblique gauche ; la fontanelle postérieure est à gauche et en avant ; la fontanelle antérieure est inaccessible,

fœtus vivant en OIGA. Les contractions utérines douloureuses continuant la dilatation commence le jour même à six heures.

Les contractions sont très rapprochées, très efficaces et régulières. A onze heures du soir, la dilatation est complète. A onze heures et demie, les membranes étant encore intactes et la poche des eaux apparaissant à l'orifice vulvaire, on rompt les membranes. La tête appuie sur le plancher périnéal. A onze heures quarante, la rotation est terminée et la tête apparaît à la vulve.

A minuit dix, l'expulsion de la tête courte et facile est terminée.

Cette heureuse marche du début n'a pas été de longue durée et immédiatement après la sortie de la tête, il se produit une contracture momentanée, mais très puissante du releveur coccy-périnéal. Comme après tout accouchement normal après la sortie de la tête on a voulu aider et favoriser la rotation interne des épaules ; l'étudiant qui faisait l'accouchement, malgré quelques efforts soutenus exercés sur la tête n'est arrivé à aucun résultat. Voyant cela et surtout l'état de cyanose dans lequel se trouvait le fœtus, tellement la compression était forte, j'agis à mon tour. Je saisis le cou entre mes deux mains et en sus de cette grande résistance je constate la présence d'un circulaire très serré autour du cou. Un peu au-dessus de ce circulaire on sentait nettement à l'aide de deux doigts introduits dans la cavité vaginale un cercle musculaire à peu près complet, enserrant for-

tement la partie inférieure des épaules et inférieure du cou. Le mouvement de rotation des épaules était incomplet. J'agis sur la tête pour le compléter, impossible de faire remuer le fœtus. Sans perdre plus de temps je fais mettre la femme en position obstétricale et après, sous l'influence de ce petit mouvement, la contracture paraît un peu moins forte.

Le mouvement de rotation interne terminé, j'opéré le dégagement des épaules pour lequel j'éprouve une certaine résistance. Agissant sur la tête et tirant en bas et en arrière sans succès, je vais immédiatement à la recherche de l'épaule postérieure. J'introduis trois doigts dans le vagin, le pouce dans le creux axillaire, et l'index et le médius en attelle sur l'humérus, les doigts sont serrés, j'abaisse le bras et je dégage. Au moment où le coude allait franchir la commissure postérieure on entend un petit craquement. Le bras à l'extérieur on constate une fracture de l'humérus gauche, à l'union du tiers supérieur avec les deux tiers inférieurs. Le bras antérieur est dégagé avec assez de facilité ainsi que le reste du tronc. Le fœtus est fortement cyanosé. On enlève les mucosités on fait quelques frictions à l'alcool et peu de temps après la naissance la respiration s'établit régulière. La délivrance qui a été momentanée s'effectue cinquante minutes après l'accouchement. Il existe encore une contracture légère qui, après l'engagement du placenta, l'a retenu quelques

minutes dans le vagin. On fait pousser la femme et l'arrière-faix complet est expulsé.

La contracture a persisté pendant vingt-quatre heures.

La femme est dans un état d'irritabilité nerveuse très grand. Le lendemain matin, elle refuse de se laisser examiner par M. Audebert et ce n'est que dans la soirée qu'elle permet le toucher à Mademoiselle Sabathé qui constate que la contracture persiste encore.

Elle n'a consentie à se laisser examiner par nous que quatre jours après. Le toucher n'est pas douloureux. A l'introduction du doigt on ne constate rien d'anormal dans le vagin. Si on engage la femme à serrer on sent aussitôt se former sous le doigt un anneau qui l'enserre au point de gêner l'exploration des organes génitaux internes. Cet anneau est situé à trois centimètres environ de l'orifice vulvaire et fait sous le doigt un relief qui paraît avoir un centimètre de hauteur au lieu d'être mince et linéaire comme une bride fibreuse, il est épais et mesure la grosseur du petit doigt environ. Cette grosseur est plus accentuée à droite qu'à gauche.

Pendant trois minutes à l'examen, la contraction s'est maintenue aussi énergique. A la sortie de la Clinique le 27 octobre, vingt jours après l'accouchement, nous avons examiné la femme à nouveau la contraction était la même. Un autre examen en

décembre, un troisième en janvier, nous ont donné les mêmes résultats.

L'enfant, du sexe masculin, était gros, pesait 4,150 gr. La longueur était de 53 c., le diamètre de la tête.

OM.....	12,5
OF	11,5
SOB.....	10,5
BD	9,5
BT.....	8,5

CIRCONFÉRENCES

Grande	Moyenne	Pettte
—	—	—
OM	Ss OP	Ss OB
39	36	34

DIAMÈTRE OU TRONC

Bis-acromial, 13,2 ; bitrochantérien, 10.

Le bras fracturé fut enfermé dans deux petites attelles de carton et au bout d'un mois lorsque nous avons vu l'enfant, il n'y paraissait plus rien, sa fracture étant parfaitement consolidée.

§ 3

CONTRACTURE SIÉGEANT AU DEVANT DU SIÈGE ET DE LA TÊTE RETENUE DERNIÈRE

Le cas de contracture du releveur coccy-périnéal mettant obstacle à la progression du siège ou arrêtant la tête, alors que le reste du fœtus est expulsé sont rares. Nous trouvons un exemple de ces variétés dans le travail de Budin de 1886.

Voici l'observation concernant l'arrêt du siège.

Louise-Désirée B..., au moment de l'accouchement, eut de la contracture. Il existait chez elle une pesentation de l'extrémité pelvienne définitive, mode des fesses, en position sacro-iliaque droite antérieure. Les premières douleurs apparurent le 10 octobre à trois heures du matin. A huit heures, les membranes se rompirent probablement, car il s'écoula du liquide amniotique, mais la rupture a dû se faire au-dessus de l'orifice utérin ; en effet, en introduisant le doigt dans le col, on arrivait sur les membranes qui bombaient pendant la contraction.

Les douleurs ont continué pendant la journée; le soir, à six heures, l'effacement était complet et il y avait un commencement de dilatation. on arrivait sur les organes génitaux mâles du fœtus ; à dix heures du soir, l'orifice utérin mesurait 4 centimètres de diamètre environ; les contractions se succédaient fréquentes et fortes. Le méco-

nium commençait à s'écouler, les battements du cœur étaient réguliers.

La sage-femme en chef nous a fourni les renseignements qui suivent et qui se rapportent à la fin de l'accouchement. A onze heures du soir, la dilatation était complète. Vers une heure du matin, comme le siège ne sortait pas, on administra du seigle ergoté. A une heure quarante-cinq, on put avoir un peu de prise sur le siège en partie dégagé, on défléchit une jambe et on tira. Lorsque l'ombilic sortit, on constata qu'il n'y avait pas de battements de cordon ; comme pendant les dernières heures on n'avait pas ausculté, on ne put savoir à quel moment l'enfant avait succombé. Pendant l'extraction, les bras se relevèrent : on eut toutes les peines du monde à les défléchir. Lorsqu'il ne resta plus que la tête, les deux doigts d'une main furent mis dans la bouche, l'autre main fut placée à cheval sur le cou et des tractions très fortes furent exercées. L'extrémité céphalique restait emprisonnée dans l'excavation, retenue par un obstacle dont on ne s'expliquait nullement la nature. Ce ne fut qu'après vingt minutes d'efforts énergiques que la tête sortit tout d'un coup. Il y avait une déchirure de la fourchette, mais la peau du périnée était intacte. L'enfant pesait 2,900.

En pratiquant l'examen, quelques jours plus tard, on ne trouva plus la moindre contraction du muscle releveur de l'anus, il s'était évidemment rompu au moment de la sortie brusque de la tête. Lorsque la femme voulut quitter l'hôpital, le 23 octobre, M. le docteur Charpentier renouvela avec nous l'examen sans pouvoir constater la contraction d'aucun faisceau musculaire. « Mais serrez donc, lui disait Charpentier. — J'ai beau faire, Monsieur, je sens que je ne puis plus. »

§ 4

RÉSISTANCE INVINCIBLE ET RUPTURE DU MUSCLE RELEVEUR COCCY-PÉRINÉAL CONTRACTURÉ ET DÉGÉNÉRÉ.

Dans tous les cas de dystocie que nous venons de rapporter, la contracture n'avait en rien altéré le muscle releveur coccy-périnéal, le chloroforme en avait toujours amené la résolution complète. Dans les trois observations suivantes au contraire, la contracture persiste malgré tout et dans un cas nous voyons qu'elle résiste aussi bien au chloroforme qu'à la dilatation par le forceps, dans les deux autres cas nous assistons à la rupture des faisceaux musculaires du releveur coccy-périnéal.

La première observation est de Benike. Elle date de 1878 a été traduite et publiée par Budin dans « Obstétrique et Gynécologie. »

La femme K..., âgée de vingt-cinq ans, assez forte, assure que depuis sa jeunesse elle a souffert d'une grande sensibilité des organes génitaux externes. Elle était mariée depuis plusieurs années. Les rapports sexuels, en raison des douleurs très vives qu'ils déterminaient, ne pouvaient être que très imparfaits : dès les premières approches de son mari, elle éprouvait un sentiment d'angoisse. Le mari raconte que, profitant un jour de ce que sa femme

était profondément endormie, il put accomplir le coït ; la conception s'ensuivit. La grossesse fut normale. Le 2 février au soir apparurent les premières douleurs, le liquide amniotique s'écoula dans la nuit du 2 au 3. Dans la journée du 3, le travail fit à peine quelques progrès ; on vint alors demander du secours à la Policlinique. Le pratiquant qui avait été envoyé arriva bientôt en disant que l'examen avait été presque impossible à cause de la contraction persistante du vagin et que la parturiente était dans un grand état d'excitation. Lorsque j'arrivai près de cette dernière, je constatai que le vaginisme était très prononcé. L'approche du doigt qui devait pratiquer le toucher suffisait pour déterminer un sentiment d'angoisse, les genoux étaient alors rapprochés l'un de l'autre avec une force telle que le bras de la personne qui voulait faire l'examen se trouvait complètement emprisonné. Il fallut toute la puissance de volonté de la patiente pour qu'elle pût écarter peu à peu les genoux. On finit, avec beaucoup de peine, par constater que la dilatation de l'orifice utérin était presque complète et que la tête se trouvait profondément engagée dans le bassin. Le vagin se contractait fortement sur le doigt. La paroi postérieure du vagin était surtout dure et tendue.

Après avoir fait une injection de morphine, j'ordonne de donner encore du [lipum pendant les heures suivantes afin de donner un peu de calme. La situation resta la même Les contractions, bien que fortes, étaient complètement inefficaces, probablement à cause des douleurs considérables que déterminait la pression exercée sur la tête ; celle-ci reposait sur le plancher du bassin mais n'avançait pas.

Les choses en étaient là lorsque je revis la patiente à trois heures du matin, le 4 février. De l'orifice externe il ne restait plus qu'un petit bourrelet fait sur la tête par la lèvre antérieure La parturiente était épuisée, excitée à un haut degré ; le pouls était petit, fréquent.

Il me parut indiqué de terminer l'accouchement ; je

crus, en outre, que sous l'influence de la narcose chloroformique, la contractracture et par conséquent l'obstacle qui existait du côté des parties molles disparaîtrait. Je me résolus à appliquer le forceps. La narcose chloroformique dut être très profonde; sans cela, les cuisses se rapprochaient immédiatement dès qu'on touchait les organes génitaux.. Pendant l'introduction des cuilliers qui fut très facile, je fus frappé de l'état de tension des muscles du plancher pelvien et en particulier du releveur de l'anus.

Le forceps était bien et solidemènt appliqué : cependant lorsque le bourrelet formé par la lèvre antérieure du col eût remonté au dessus de la tête, je ne réussis pas, malgré des tractions puissantes et répétées, à dégager la tête. Elle resta immobile sur le plancher du bassin, l'occiput se trouvant sous la symphise. Malgré le déploiement d'une force assez considérable, elle ne s'abaissa pas d'un centimètre, soit qu'on tirât directement en bas, soit qu'on élevât peu à peu les branches de l'instrument. Il me sembla alors qu'il ne restait plus autre chose à faire que la perforation, bien que l'enfant fût vivant.

Le forceps ne me permettait pas d'arriver au but qui devait être atteint et il n'y avait sans doute rien à attendre d'une expectation plus prolongée. Je fis la perforation avec le trépan, et j'appliquai le cranioclaste sur le front. L'extraction de la tête perforée fut encore bien difficile, elle sortit lentement en se dégageant suivant sa longueur, comme si elle avait passé à travers un bassin généralement retréci. Ou rencontra de semblables difficultés pour opérer le dégagement des épaules. Malgré de fortes tractions exercées sur la tête, elles ne s'abaissèrent pas; l'introduction du doigt sous l'aisselle placé en arrière, fut presque impossible à cause de la résistance des parties molles. On finit par réussir, avec le crochet mousse, à amener le bras droit au dehors et en exerçant sur lui des tractions à compléter la sortie du fœtus. A l'exception d'une déchirure superficielle du périnée de

2 centimètres de longueur, les parties molles étaient complètement intactes.

Aussitôt après la délivrance, on lava la cavité intérieure avec une solution phéniquée. Les suites des couches furent presque normales. Le troisième jour seulement la température s'éleva jusqu'aux environs de 40° ut il y eut quelques douleurs dans le côté droit. On fit de nouveau un lavage intra-intérim, on mit de la glace sur le ventre, et la fièvre tomba. »

Benike explique la persistance de la contracture sous le chloroforme par ce fait que la contracture durant depuis de longues années a dû déterminer un état anormal de résistance et de rigidité du tissu musculaire.

§ 10

Dans l'observation de M. Audebert et dans celle de Demélin, il y eut rupture du muscle. Voici celle de M. Audebert:

Jeanne F..., âgée de 28 ans, couturière, entrée à la Clinique obstétricale de Bordeaux, le 11 septembre 1892.

Pas d'hérédité nerveuse.

Premières règles à 15 ans, bonne santé habituelle, pas de signes d'hytérie.

1° Grossesse en 1888, accouchement normal, enfant vivant, né à terme.

Grossesse actuelle. D R le 25 novembre 1891.

A son entrée à la Clinique, à 9 heures du matin, elle raconte que le travail a commencé la veille au soir et qu'elle a souffert toute la nuit. On constate une présentation du sommet, incomplètement engagé en O I G A. La dilatation est comme une pièce de 5 francs environ. Mais sur les parois de l'excavation on trouve de plus, à 3 centimètres environ de l'orifice vaginal, une sorte d'arête circulaire très saillante formant un véritable anneau rétréci, et plus accentué à droite qu'à gauche C'est anneau toujours tendu, sans alternative de relâchement, permet avec peine l'introdution de deux doigts. Le toucher n'est pas douloureux.

La dilatation se complète rapidement, et à 10 heures on rompt les membranes. La tête dès lors appuie fortement sur l'anneau, mais reste longtemps sans progresser. On donne alors du chloroforme de façon à amener la résolution à peu près complète. Malgré l'anesthésie, la tête reste fixée an-dessus du diaphragme vaginal, quand subitement elle le franchit et se dégage en quelques minutes, il est midi et quart. La rotation externe de la tête se fait à droite.

Après la délivrance, on pratique le toucher et on constate que l'arête existe encore partiellement, mais elle est moins saillante et à droite et en arrière, elle fait complètement défaut sur une étendue approximativement égale au quart ou au cinquième de la circonférence; il y a là une large encoche au niveau de laquelle la paroi vaginale est libre et dépressible.

L'enfant du sexe masculin est en bon état, son poids est de 2.440 gram., sa longueur est de 48 centimètres. Voici le diamètre de la tête :

OM	12 5	SOM	10.5
OF	11.5	SMBr	9
Max	13	BP	8.5
SOB	9.5	BiT	7
SOF	11.		

Au moment ou la femme quitta la Clinique, le relief musculaire était encore perceptible, mais moins accusé qu'au moment du travail.

L'observation de Demelin est de 1895 et à paru dans la *Revue obstétricale internationale :*

« Primapare âgée de 23 ans, entrée à la Clinique de la rue d'Assas, le 24 février 1895. Age de la marche, inconnue. Conformation du bassin, normale. Dernières règles, du 6 au 12 mai 1894. Vomissements pendant toute la durée de la grossesse. Apparition des premières douleurs, le 22 février, à 8 heures du soir. La femme entre à la salle d'accouchement à midi, le 24 février 1894, avec une dilatation comme une pièce de 1 franc. L'enfant se présente en O. I. D. P. ; la dilatation est complète à 6 h. 30 et, à ce moment, se produit la rupture des membranes. La femme commence à pousser, et on trouve sous la paroi postérieure du vagin un demi-anneau fibreux très résistant, tendu surtout pendant la contraction, partant de la face postérieure du corps du pubis.

Cette sorte de bride donne la sensation du petit ligament sacro-sciatique ; mais en pratiquant le toucher rectal, on sent une bride fibreuse dure, inextensible, qui a le volume de la moitié du petit doigt, on la sent d'abord sous la paroi postérieure du vagin, à peu de distance de la vulve ; en suivant cette bride, on s'aperçoit qu'elle fait le tour du bassin, décrivant un grand arc de cercle à concavité antérieure ; en avant, les deux extrémités de cette bride s'insèrent à la face supérieure du pubis de chaque côté ; latéralement et en arrière, elle est sous la muqueuse vaginale qui en est indépendante, tout à fait en arrière, elle passe derrière l'anus, laissant libre la cloison recto-vaginale ; le toucher rectal permet en effet de reconnaître que la paroi antérieure de l'anus est normale et que la paroi postérieure, au contraire, est bridée par l'obstacle.

Cette bride, qui avait complètement échappé à l'examen

pendant la première partie de l'accouchement, ne se manifeste qu'à partir du moment où la tête appuie sur elle, essayant de franchir le cercle ainsi limité. Du reste, dans l'intervalle des contractions, la bride, bien que sensible au doigt, se relâche pour devenir, au contraire, entièrement tendue quand la tête est poussée sur elle. Ce n'est pas là d'ailleurs, un phénomène de contraction musculaire, car une fois le forceps appliqué, la résistance de la bride est portée au maximum ainsi que sa tension, quand l'instrument tire sur la tête, et même dans l'intervalle des contractions utérines. L'application de l'instrument fut un peu gêné par la bride. La tête était en O. I. D. P. ; le forceps fut placé un peu obliquement.

Deux ou trois tractions faites d'une seule main suffirent pour rompre la bride ; on entend de petits craquements ; puis, au toucher, on ne trouve plus l'obstacle à gauche, on le send encore à droite et en arrière. La rotation est faite, la tête se dégage en O. P. L'enfant naît vivant avec une légère paralysie faciale à gauche

Après l'accouchement, on examine de nouveau et par le vagin et par le rectum. On a beaucoup de peine à retrouver trace de la bride, on ne la sent plus qu'en arrière et à droite, où elle prend l'aspect du petit ligament sacro-sciatique ; mais celui-ci est réellement perçu au-dessus de la bride, et reconnu à ses insertions à l'épine sciatique et au sacrum. L'accouchement a été terminé à 3 h. 46. Le travail a duré 48 h. 45, le périnée était intact après l'accouchement.

La délivrance a eu lieu à 8 h. 55 et fut naturelle. Le placenta pesait 490 grammes ; la longueur du cordon, 60 centimètres. Un cotylédon était déchiré. L'enfant, un garçon de bon aspect général pesait 2,620 grammes et mesurait 49 centimètres. Sa bosse séro-sanguine était à gauche. —

Les suites de couches furent normales, Par le toucher vaginal on sentait encore la bride, mais en la cherchant avec attention.— Il s'agissait bien réellement d'une dégé-

rescence fibreuse du bord antéro-inférieur du releveur anal, dégénérescence probablement congénitale, car rien ne pouvait l'expliquer, ni syphilis, ni traumatisme antérieur.

CHAPITRE IV

Diagnostic

Quoique la contracture du releveur coccy-périnéal ait des caractères propres, il nous a paru cependant très utile de la différencier de certaines affections qui peuvent induire en erreur à cause de leur siège, qui est le vagin, et des caractères de ressemblance qu'elles ont avec la contracture. Parmi ces affections, nous avons surtout en vue la résistance de l'anneau vulvaire, les brides fibreuses du vagin, la rétraction de l'anneau de Band sur le cou du fœtus, le manque de rotation par volume exagéré des épaules.

1° *Diagnostic avec la résistance de l'anneau vulvaire.* — Parmi les différences les plus marquées entre la contracture du releveur coccy-périnéal et cet anneau, il faut citer en premier lieu le siège. Dans la résistance de l'anneau vulvaire ou du cercle hymœnal, on trouve l'obstacle tout à fait à l'entrée du vagin ; dans la contracture,

c'est toujours à plus de deux centimètres de l'orifice vaginal. En plus, la contracture du releveur coccy-périnéal et la résistance de l'anneau vulvaire ne donnent pas au toucher la même sensation.

Dans la résistance de l'anneau vulvaire, on sent sous le doigt un cordon mince, étroit, qui bride le pôle fœtal. Dans la contracture, au contraire, on n'a pas toujours la sensation d'anneau qu'on trouve dans la résistance du cercle hymœnal ; de plus, cet anneau, quand il existe, au lieu d'être mince, étroit, est toujours épais, et surtout a un caractère contractile que ne possède pas l'anneau vulvaire ; dans la contracture, il passe, en effet, par des alternatives de relachementet de contraction.

II. *Diagnostic avec les brides du vagin.* — Les brides du vagin, qu'elles soient d'origine traumatique ou cicatricielle, peuvent, si elles siègent dans la portion antérieure du vagin, être confondues avec la contracture du releveur coccy-périnéal.

Avant d'en rapporter un exemple typique d'erreur de ce genre, dû à Revillout, nous allons, en quelques mots, donner les caractères essentiels de ces brides.

La sténose du vagin est très considérable en général. Dans un cas que nous avons observé en août 1900, dans le service d'accouchement de la Clinique, une femme était atteinte de bride congénitale du vagin. Ce canal était tellement rétréci par une bride qui affectait la forme d'un diaphragme, que, dans la petite ouverture qui le perçait, on pouvait à

peine introduire le bout du petit doigt. Jamais, dans la contracture, la sténose n'est aussi considérable.

De plus, au moment de l'accouchement, les brides n'ont pas le caractère contractile qu'affecte la contracture du releveur coccy-périnéal. Dans ce cas, en effet, on trouve la tension identique dans tous les points de l'anneau qui bride la partie fœtale.

Dans les brides, au contraire, les bords seuls de l'orifice central sont tendus, mais les parties externes restent souples et flasques. Les choses se sont ainsi passées au moment de l'accouchement de la femme dont nous parlions au début de ce paragraphe.

Un deuxième caractère distinctif, c'est que la contracture du releveur coccy-périnéal cède, en général, à la narcose chloroformique. Il n'en est pas de même des brides fibreuses qui ne sont pas influencées par cet agent.

Ce diagnostic était utile à établir comme on va le voir par l'observation suivante, due à Revillout.

Voici comment Revillout rapporte l'observation :

Il y a trois ans environ, une femme, jeune encore, primipare, très bien musclée, entrait à l'Hôtel-Dieu pour y faire ses couches.

Comme le travail se prolongeait, l'interne de service pensa qu'il y avait lieu de recourir à une application de forceps. En conséquence, il introduisit les branches de l'instrument et, paraît-il, n'éprouva aucune difficulté pour le faire. La tête était encore au détroit supèrieur.

Les premières tractions furent inefficaces et, n'osant insister, le jeune opérateur crut devoir recourir aux lumières d'un accoucheur de profession. Avant de le faire, il eut soin de retirer les branches du forceps. Cet accoucheur, homme très distingué à tous les égards et dont le nom fait autorité, arriva trois quarts d'heure plus tard environ. Il voulut, lui aussi, terminer l'accouchement par le moyen des fers ; mais quand il essaya, à son tour, d'introduire une des branches de l'instrument, la chose lui fut impossible.

Un peu au-dessous de l'utérus, le vagin était divisé en deux parties, pour ainsi dire, par une sorte de bride qui s'étendait de chaque côté, d'avant en arrière, à peu près perpendiculaire à l'axe du corps.

Quelle pouvait être la nature de cette double bride ? L'accoucheur en renom jugea qu'elle était cicatricielle et, malgré les affirmations réitérées du jeune interne, il se refusa à admettre que l'introduction du forceps eût été possible moins d'une heure plus tôt.

Du moment où l'obstacle était considéré comme le résultat de cicatrice, la conduite à tenir était toute tracée. On ne devait pas espérer de le voir céder de lui-même, car les tissus inodulaires ne se prêtent pas à une dilatation physiologique. Le mieux était donc de recourir à l'instrument tranchant, sans plus tarder.

On fit, de chaque côté du vagin, une longue incision parallèle à l'axe de ce canal et, par conséquent, à peu près perpendiculaire à la base des deux replis en question. L'enfant fut extrait sans difficulté. Trois jours après, la femme mourut. L'autopsie fut faite avec grand soin. J'y assistai. On trouva du pus dans le sinus de l'utérus, dans les veines du petit bassin, ce qui expliquait l'issue funeste. Mais quant à des brides cicatricielles ou autres, on n'en trouva plus la moindre trace, le vagin était sain et tout à fait normal Autour des plaies, aucun relief n'expliquait

la nécessité dans laquelle on s'était trouvé de pratiquer de larges débridements à droite et à gauche.

Ce que cet accoucheur en renom avait pris pour des brides cicatricielles était simplement la contracture des faisceaux du releveur coccy-périnéal qui, par leur insertion, sont de puissants constricteurs du vagin.

Il faut également remarquer que les brides fibreuses alors même qu'elles sont latérales, ne sont jamais aussi homologues, aussi régulières, que les doubles faisceaux du releveur coccy-périnéal, qui ont une direction oblique d'avant en arrière que n'ont pas les brides.

La contracture du releveur coccy-périnéal en retenant une partie fœtale dans le vagin, la tête dernière par exemple peut faire songer à la rétraction de l'anneau de Bandl sur le cou du fœtus. Le diagnostic est très facile.

Par le toucher lorsque l'anneau de Bandl est en cause on trouve le vagin libre sans la moindre saillie et on peut arriver, si toutefois cette région est accessible au doigt, sur la région emprisonnée par l'anneau de Bandl ; dans le cas de contracture on a le doigt arrêté dans le vagin par une saillie contractile siégeant à une distance variable de l'origine vaginal.

Une autre cause d'erreur est le volume exagéré des épaules, on peut songer à de la dystocie due à cet excès de dimensions, alors que seule la contracture du releveur coccy-périnéal est en jeu.

Le diamètre bis-acromial trop grand entraverait

la rotation interne des épaules. Pour s'assurer qu'on a affaire au volume exagéré du fœtus et non à de la contracture du releveur coccy-périnéal on n'a que faire le toucher ; dans un cas on trouve le vagin surdistendu dans l'autre au contraire il est rétréci.

En dernier lieu, on pourrait confondre la contracture du releveur coccy-périnéal avec la résistance du périnée. La résistance est comme on sait une cause de dystocie assez fréquente, mais malheureusement c'est une affection assez mal conuue.

Quelques auteurs, entre autres, M. Audebert, pensent que sous le nom de résistance du périnée on comprend un certain nombre de cas de contracture du releveur coccy-périnéal, qui, dès lors, passent inaperçus.

Nous ferons simplement remarquer que c'est surtout chez les vieilles primipares et les femmes fortement musclées qu'on trouve d'ordinaire la résistance du périnée, alors que la contracture se rencontre très souvent chez des femmes jeunes et à périnée souple et peu développé.

CHAPITRE V

Pronostic du traitement.

§ 1

QUE DEVIENT LE VAGINISME SUPÉRIEUR APRÈS L'ACCOUCHEMENT ?

Il est difficile de se faire une idée fixe à ce sujet ; en effet, peu de femmes ont été observées après leur accouchement et même chez celles qui l'ont été, on arrive à des résultats contradictoires.

D'un côté on arrive à cette conclusion qu'après l'accouchement le muscle coccy-périnéal perd de sa force ou même en vient à ne plus pouvoir se contracter. Ainsi dans la première observation de Budin, 1879, nous voyons qu'après son premier accouchement, la femme en question pouvait encore, suivant son expression, serrer pendant les rapports sexuels mais avec moins de force.

Devenue enceinte une seconde fois elle était accouchée plus facilement. Elle assure que la puis-

sance de contraction qu'elle possède et dont elle fait souvent usage est beaucoup moins grande maintenant qu'autrefois.

Budin rapporte également une observation dans les conditions suivantes : « l'extrémité cephalique était retenue dans l'excavation par un obstacle dont ne s'expliquait nullement la nature. Après 20 minutes d'efforts énergiques la tête sortit tout à coup. En pratiquant l'examen quelques jours plus tard on ne trouva pas la moindre contraction du releveur de l'anus il s'était évidemment rompu au moment de la sortie brusque de la tête.

Lorsque la femme voulut quitter l'hôpital, le 23 octobre, le Dr Charpentier renouvela avec nous l'examen sans pouvoir constater la contraction d'aucun faisceau musculaire. « Mais serrez donc, lui disait M. Charpentier : « J'ai beau faire des efforts, monsieur, je sens que je ne puis plus ». De même chez une des femmes observées par M. Audebert, le releveur coccy-périnéal surdistendu avait perdu sa contractilité. Mais à côté de ces faits d'affaiblissement de la contractilité à la suite de l'accouchement nous voyons chez la femme qui fait l'objet de ce travail, que la contracture peut persister dans toute sa force, même après quatre accouchements. Dans trois examens différents le 1° deux semaines après son accouchement ; le 2° un mois après le premier ; le 3° fin janvier, nous avons constaté chaque fois que le doigt était toujours fortement serré.

De tout ce que nous devons de dire nous pouvons

conclure que la contracture du releveur coccy-périnéal ne disparaît lors d'un accouchement que si le muscle subit, soit par l'intervention, soit à cause du volume excessif ou fœtus, des tiraillements, qui sans amener des déchirures dans les fibres, les distendent au point que ces mêmes fibres perdent par cet excès de distension leur pouvoir contractile.

S'il est comme on le voit assez difficile de se faire une idée nette sur le pronostic lointain de cette affection, voyons quel en est le pronostic immédiat.

Pour la mère, il est bénin en général. A part le cas de mort rapporté par Revillout, le pronostic a toujours été favorable, la femme ne souffre pas beaucoup de la contracture, seul le travail est prolongé et il n'y a d'autres dangers que ceux d'une application de forceps dont souffre quelquefois le périnée, car souvent ont est obligé d'opérer vite parce que l'enfant est en danger.

Dans les cas de contracture on constate assez souvent la souffrance du fœtus, surtout si la contracture a été méconnue. Retenu longtemps dans la filière pelvi-génitale l'enfant nait généralement étonné. Mais on a eu des cas de mort. Dans l'observation de Benike l'application de forceps fut impossible et on fut obligé de faire la perforation du crâne avec le trépan bien que l'enfant fut vivant et on eut toutes les peines du monde à retirer le fœtus. Dans le cas de Budin on retira également un enfant mort. Dans le cas que nous avons observé l'enfant retenu par les épaules a eu le bras gauche

cassé au cours des manœuvres faites pour le dégager.

§ 2

TRAITEMENT

Quelle est la conduite à tenir dans les cas de dystocie occasionnés par la contracture du releveur coccy-périnéal. Il est évident qu'on doit agir suivant la présentation du fœtus. Mais avant de passer en revue les divers traitements appropriés à chaque cas nous devons dire un mot de ce qu'on pourrait appeler le traitement prophylactique.

Si on a affaire à une femme nerveuse, chez laquelle au moment du travail on redoute de la contracture, il faut pour la conjurer avoir recours aux procédés suivants. Eviter toute cause d'excitation et pour celà pratiquer le moins possible le toucher vaginal, cause provocatrice de la contracture. Dans ces cas le signe de l'épaule sera d'un précieux secours pour suivre la marche du travail. On donnera en même temps des potions calmantes à base d'opium et surtout on mettra de la cocaïne dans le vagin. On emploiera de la vaseline cocaïnée à un pour cent, on en fera des onctions étendues dans le vagin, pour anesthésier la muqueuse ainsi que le pratique à la clinique d'accouchement de M. le professeur Crouzat, dans un but différent.

Si malgré tout la contracture survient ou si on se trouve en présence d'une femme qui en est atteinte, il faut recourir immédiatement au chloroforme. Cet agent est pour ainsi dire le traitement spécifique de la contracture et n'est pas dangereux. En général, la contracture cesse dès que la narcose se produit, à moins toutefois que la contractilite du du muscle soit abolie par la dégénéréscence, comme dans un cas rapporté par Budin.

Mais le chloroforme, tout en faisant céder la contracture du releveur coccy-périnéal, amène également la résolution de l'utérus. Le fœtus ne progresse plus alors et on doit l'extraire artificiellement. Dans ce cas, la conduite à tenir varie suivant chaque variété de présentation.

A-t-on affaire à un sommet, une simple application de forceps suffit pour extraire l'enfant.

Les épaules sont-elles arrêtées, la tête étant déjà hors de la vulve, il n'y a pas à se presser. Ce qu'on peut craindre, c'est une compression du cordon, s'il y a un circulaire autour du cou, par la contracture du releveur, mais dans ce cas, l'arrêt de la circulation fœtale évcillera le réflèxe respiratoire et l'enfant se mettra à faire des inspirations.

La contracture ne sera jamais assez forte pour comprimer le cou du fœtus au point d'interdire l'accès de l'air dans les poumons. On débarrassera l'arrière-gorge des mucosités et on attendra. Si malgré tout, l'enfant souffre, on donne du chloroforme et on dégage les épaules, soit en enfonçant

d'abord l'épaule postérieure dans la concavité du périnée, ce qui permet un dégagement facile de l'épaule antérieure, soit en remontant derrière la symphyse l'épaule antérieure, manœuvre qui permet un dégagement encore plus facile de l'épaule postérieure, qui sort dans ce cas la première. L'extraction du reste du corps se fait ensuite sans difficulté.

Le siège est-il arrêté par la contracture, on essaie si possible, les tractions inguinales avec le doigt. Si la région est trop élevée, on passe un lacs et on tire dessus. A la rigueur, on peut faire une application de forceps.

Si la tête est retenue derrière, les tractions sur le cou du fœtus sont indiquées. On peut aussi faire la manœuvre de Monruau.

Il est bon d'avoir le forceps prêt. On peut l'employer, même dans ce cas de tête retenue dernière.

Dans les cas, très rares, où la contracture ne cède pas au chloroforme, il faut essayer de la dilatation avec le forceps et ne jamais, ainsi que le recommande Budin, faire d'incisions au bistouri. On ne sait jamais jusqu'où peuvent s'étendre ces incisions, élargies quelles sont par le passage du fœtus en entier ou même d'une seule partie.

CONCLUSIONS

1° Quoique rares, il existe des cas de dystocie due à la contracture du releveur coccy-périnéal ;

2° Cette dystocie s'est produite avec des présentations du sommet et du siège ;

3° Le pronostic du côté de la mère n'est généralement pas grave ; du côté de l'enfant, il est plus sérieux. Le cas de mort rapporté par Benike et Budin et celui de fracture de l'humérus, dans notre observation, en sont des exemples ;

4° Enfin, en dehors de l'administration du chloroforme qui s'impose dans tous les cas et suffit le plus généralement, il y a une conduite à tenir qui varie suivant chaque présentation.

BIBLIOGRAPHIE

AUVARD. — Traité pratique d'accouchements, 1888.

BONNAIRE. — Périnée obstétrical, 1888.

BUDIN. — Obstétrique et Gynécologie, 1886.

CHAMBRELENT. — *Journal de Médecine*, 1902. Dystocie des épaules ; excès de volume du fœtus.

COUDER. — Thèse Paris, 1891. Protection du périnée.

DAVET. — Thèse Paris, 1900. Dystocie due à la contracture du releveur de l'anus.

DAUDE. — Thèse Paris, 1880. Vaginisme.

DIEULAFÉ. — Diaphragme pelvien, Thèse Toulouse, 1900.

DUBOIS. — Traité de l'art complet des accouchements.

GUILLERMIN. — Société d'Obstétrique de Paris, décembre 1901. Traitement de la contracture utérine par la suggestion hypnotique.

RIBEMONT-DESSAIGNES et LEPAGE. — Précis d'obstétrique, 1890.

TARNIER et BUDIN. — Traité de l'art des accouchements, tome IV.

VARNIER. — Thèse de Paris, 1888.

VISCA. — Du vaginisme, 1870.

Vu : *Le Président de la thèse,*

Toulouse, le 24 janvier 1902.

CAUBET

Vu : *Le Doyen,*

CAUBET

Vu et permis d'imprimer :

Toulouse, le 24 janvier 1902

Le Recteur,

Président du Conseil de l'Université,

PERROUD